

IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN EFICAZ PARA ASEGURAR LA CALIDAD EN LA OPERACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.



Estudiante

Oscar Isaac Álvarez Jiménez

Asesor de Practicas

Jonathan Cohen Granados

Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas

Programa de Economía

Universidad del Magdalena

Colombia

2018

1. Introducción

De acuerdo a MINSALUD (2018), El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por: El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados; y las instituciones prestadoras de salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios. También hacen parte del SGSSS las Entidades Territoriales y la Superintendencia nacional de Salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país. Busca brindar a esta población, servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.

Los residentes en Colombia acceden al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Régimen Contributivo o a través del Régimen Subsidiado, dependiendo de su capacidad económica. De otro lado, la Entidad Territorial debe garantizar la atención de la población pobre no asegurada –PPNA-, con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones -SGP- para atención de servicios en lo cubierto por subsidio a la oferta; se deben pagar las cuotas de recuperación a que haya lugar.

Las entidades promotoras de salud, entre otras funciones, están encargadas de:

- Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social.
- Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.
- Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
- Remitir al fondo de solidaridad y compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
- Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Se entiende por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.
- Asumir el riesgo transferido por el usuario y cumplir con las obligaciones establecidas en el Plan de Beneficios en Salud.

Además de diligenciar el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades, de acuerdo con las instrucciones contenidas en la Resolución 0974 de 2016, los extranjeros

que cumplan las condiciones para afiliarse al Sistema, deben allegar copia de su documento de identidad. Por regla general, este documento es la cédula de extranjería. Cuando son extranjeros no obligados a sacar la cédula de extranjería o cuando sean menores de 7 años, el documento necesario es la copia del pasaporte.

Finalmente vale precisar, que en el momento en que se establezca que un menor no cuenta con Afiliación al Sistema General de Seguridad Social SGSSS y algunos de sus padres cuenta con afiliación al Sistema, éste tiene la obligación legal de integrarlo a su núcleo familiar independientemente si el padre o la madre.

La afiliación al régimen Subsidiado es aquella que realiza la entidad territorial cuando la persona que cumple los requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado se rehúsa a afiliarse. El afiliado podrá en ejercicio del derecho a la libre escogencia, trasladarse a la EPS de su elección dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de afiliación de oficio.

Para estos efectos, “el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud” adoptado mediante la Resolución 974 de 2016, que fue implementado a partir del 2 de mayo de 2016, establece en el numeral 2. Tipo de afiliación en el campo D, la opción de la afiliación de oficio, donde, la entidad territorial podrá efectuar la afiliación de oficio de que trata el parágrafo 3, del artículo 2.1.5.1, del Decreto 780 de 2016. De igual forma, el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra ajustando en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), el campo correspondiente que permita el reporte de esta novedad.

1. ASEGURAMIENTO EN SALUD

Es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Beneficiosos servicios de salud POS, la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

El artículo 157 de la Ley 100/93 establece la obligatoriedad para todos los habitantes del territorio nacional de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de tres formas:

Régimen contributivo: a este régimen, se afilian las personas que tiene capacidad de pago, estas son aquellas “personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago”.

Régimen subsidiado: a este régimen pertenece la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago identificada en los niveles 1 y 2 de la encuesta SISBEN, así como las poblaciones especiales que el Gobierno ha definido como prioritarias y que no se encuentren afiliadas al régimen contributivo o pertenezcan a un régimen especial o de excepción (población en condición de desplazamiento, comunidades indígenas, desmovilizada del conflicto, población infantil abandonada a cargo del ICBF, personas mayores en centros de protección, y ROM entre otras).

Participantes vinculados: son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado tendrán derecho a los servicios

de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado a través de Subsidios a la Oferta.

Bajo el principio de universalización al Sistema ha venido incrementando progresivamente y actualmente la cobertura del aseguramiento se encuentra aproximadamente en el 95% incluyendo la población perteneciente a los regímenes que la Ley definió como especiales y exceptuados (Fuerzas Militares, Magisterio, funcionarios de las Universidades Públicas, y Ecopetrol).

A finales del año 2012 se creó la Comisión Asesora de beneficios, costos, tarifas y condiciones de operación del aseguramiento en reemplazo de la Comisión de Regulación en Salud-CRES cuyas funciones fueron asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2. MARCO JURIDICO

LEY 1438 DE 2011 (Enero 19) por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su título IV capítulo I denominado dispone:

Artículo 22. Portabilidad nacional. Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios. El acceso a la atención de salud será a través de la cédula de ciudadanía u otro documento de identidad. Parágrafo transitorio. Esta disposición entrará en vigencia a más tardar el primero (1°) de junio del 2013. Artículo 23.

Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud. El Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación. Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Tampoco lo podrá hacer el Régimen Subsidiado. Parágrafo transitorio. Lo previsto en este artículo se reglamentará para que el porcentaje máximo de administración entre a regir a más tardar el primero de enero de 2013. El Gobierno Nacional contará con seis (6) meses para hacer las revisiones necesarias con base en estudios técnicos sobre el porcentaje máximo señalado en el presente artículo y podría realizar las modificaciones del caso. Hasta tanto no se defina el Régimen Subsidiado. Artículo 24. Requisitos del funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud.

El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones para que las Entidades Promotoras de Salud tengan un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del riesgo y cuenten con los márgenes de solvencia, la capacidad financiera, técnica y de calidad para operar de manera adecuada. Artículo 25. Actualización del Plan de Beneficios. El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios. Las metodologías utilizadas para definición y actualización del Plan de Beneficios deben ser publicadas y explícitas y consultar la opinión, entre otros, de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de los afiliados y las sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes. El Plan de Beneficios sólo podrá ser actualizado por la autoridad administrativa competente para ello. Parágrafo. El Plan de Beneficios deberá actualizarse de manera integral antes del primero (1º) de diciembre de 2011. Artículo 26. Comité Técnico-Científico de la Entidad Promotora de Salud.

Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico-Científico de la Entidad Promotora de Salud con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto. Los Comités Técnicos-Científicos deberán estar integrados o conformados por médicos científicos y tratantes. Bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Promotoras de Salud integrará estos comités, así sean médicos. Parágrafo. La conformación de los Comités Técnico-Científicos debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones. Artículo 27. Creación de la Junta Técnica-Científica de pares.

La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el Plan de Beneficios, negada o aceptada por el Comité Técnico-Científico de la Entidad Promotora de Salud; la junta técnica científica de pares tendrá un término de siete (7) días calendario para emitir el concepto respectivo. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo no mayor a seis (6) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo. Parágrafo. La conformación de la Junta Técnico-Científica debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones. Artículo 28. Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas. El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador.

CAPÍTULO II Administración del Régimen Subsidiado Artículo 29.

Administración del Régimen Subsidiado. Los entes territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios. El Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Salud con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional. En todo caso, el Ministerio de la Protección Social podrá realizar el giro directo con base en la información disponible, sin perjuicio de la responsabilidad de las entidades territoriales en el cumplimiento de sus competencias legales. El Ministerio de la Protección Social definirá un plan para la progresiva implementación del giro directo. La Nación podrá colaborar con los municipios, distritos y departamentos, cuando aplique, con la identificación y registro de los beneficiarios del Régimen Subsidiado. Parágrafo transitorio. Los distritos y los municipios

de más de cien mil habitantes (100.000) podrán continuar administrando los recursos del Régimen Subsidiado hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2012, utilizando el instrumento jurídico definido en el presente artículo. Artículo 30. Aseguramiento en territorios con población dispersa geográficamente. El Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento. Artículo 31. Mecanismo de recaudo y giro de los recursos del Régimen Subsidiado.

ECAPÍTULO III Artículo 32. Universalización del aseguramiento

Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación. Cuando una persona requiera atención en salud y no esté afiliado, se procederá de la siguiente forma: 32.1 Si tiene capacidad de pago cancelará el servicio y se le establecerá contacto con la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo de su preferencia. 32.2 Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y la Entidad Promotora de Salud procederá a realizar el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio.

En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la Entidad Promotora de Salud si efectivamente se afilió a ella; si no se afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud. Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en

coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación.

32.3 Los casos no establecidos en el presente artículo para lograr la universalización del aseguramiento serán reglamentados por el Ministerio de la Protección Social en un término no mayor a un (1) año. Parágrafo 1°. A quienes ingresen al país, no sean residentes y no estén asegurados, se los incentivará a adquirir un seguro médico o Plan Voluntario de Salud para su atención en el país de ser necesario. Parágrafo 2°. Quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción permanecerán en ellos; las entidades administradoras de estos regímenes deberán entregar información periódica que solicite el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo transitorio. A partir del primero de enero del 2012 no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 33. Presunción de capacidad de pago y de ingresos. Se presume con capacidad de pago y, en consecuencia, están obligados a afiliarse al Régimen Contributivo o podrán ser afiliados oficiosamente: 33.1 Las personas naturales declarantes del impuesto de renta y complementarios, impuesto a las ventas e impuesto de industria y comercio. 33.2 Quienes tengan certificados de ingresos y retenciones que reflejen el ingreso establecido para pertenecer al Régimen Contributivo. 33.3 Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el Gobierno Nacional. Lo anterior, sin perjuicio de poder ser clasificado como elegible al subsidio por medio del Sisbén, de acuerdo con las normas sobre la materia. El Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas. En caso de existir diferencias entre los valores declarados ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y los aportes al sistema estos últimos deberán ser ajustados. Artículo 34. Subsidio parcial a la cotización. Las personas elegibles al subsidio parcial a la cotización no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pagarán sobre un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal vigente y un porcentaje de cotización del 10,5%, o aporte equivalente de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Estas personas tendrán derecho a un subsidio parcial de su cotización al Régimen Subsidiado o al Régimen Contributivo en cuyo caso no incluirá prestaciones económicas. Este subsidio será el 67% de la cotización o del

aporte equivalente con cargo a los recursos de la subcuenta de Compensación del Fosyga en el caso de los afiliados al Régimen Contributivo y de la subcuenta de Solidaridad en el caso del Subsidiado. El 33% de la cotización o aporte equivalente deberá ser pagado previamente por el afiliado. Artículo 35.

Permanencia en el Régimen Subsidiado. Los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en este cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma Entidad Promotora de Salud y será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas. Cuando un trabajador temporal o jornalero, cuya asignación mensual no alcance a un salario mínimo legal mensual vigente, no desee ser desvinculado del Régimen Subsidiado en razón de su relación laboral, el patrono deberá aportar al Régimen Subsidiado el equivalente al valor que en proporción al pago que por el trabajador debería aportar al Régimen Contributivo. En este caso no se tendrá derecho a prestaciones económicas. En caso que el empleador no cumpla con la obligación de pagar la cotización, al concluir la relación laboral el empleador deberá pagar los aportes que adeude al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 36. Planes de beneficios parciales. Al unificar los planes de beneficios no podrán existir planes de beneficios parciales.

3. OBJETIVO GENERAL

Dirigir, coordinar, planear, implementar, evaluar, controlar y participar en el desarrollo eficaz de los procesos que son responsabilidad del área de aseguramiento en salud en el Distrito de Santa Marta, Mediante la implementación de un sistema de información eficaz para asegurar la calidad en la operación del Régimen Subsidiado.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disponer la información necesaria para soportar los objetivos estratégicos del SIS
2. Permitir el registro de las Inscripciones, afiliaciones y atenciones a nivel nacional para su evaluación
3. Auditar las atenciones médicas para el pago correcto de las mismas y que no generen un sobrepago.
4. Monitorear el cumplimiento de la metas de aseguramiento establecidas por el SIS a niveles geográficos, en tiempos definidos y por organizaciones jerárquicas.
5. Monitorear el cumplimiento de la normatividad y políticas del SIS.
6. Valorar las atenciones para efectuar las transferencias por las prestaciones realizadas

4. JUSTIFICACIÓN

El sistema de salud a la vista de la sociedad presenta cada día más inconsistencias, ya que los usuarios no cuentan con calidad en los servicios recibidos, se encuentra que los funcionarios que brindan atención son algo inhumanos y su único objetivo es atender volumen, suelen generalizar las enfermedades de la sociedad; por lo que se puede observar que van en contra de lo planteado por la ley que rige al sistema que se supone es preservar la calidad de vida y dignidad humana.

En 1993 se creó la Ley 100, la cual tiene el fin de garantizar la calidad de vida de las personas acorde con la dignidad humana basándose en los principios de Eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación. Según la Ley 100 de 1993; “La seguridad social se desarrollara en forma progresiva con el objeto de amparar a la población y a la calidad de vida” A través de esta investigación se Identificaran las acciones que están realizando el sector público y privado respecto a las personas que no están registradas en el sistema.

El presente trabajo busca controlar y participar en el desarrollo eficaz de los procesos que son responsabilidad del área de aseguramiento en salud en el Distrito de Santa Marta, para asegurar la calidad en la operación del Régimen Subsidiado.

La no garantía del acceso a los servicios de salud tiene dos causas. En primer lugar, la dispersión y desarticulación de la red de prestadores de servicios y en segundo lugar, la poca resolutivez clínica en los servicios básicos. En su conjunto tienen efectos en el componente financiero del sector por los elevados costos que se generan y el pobre impacto en salud a causa de la duplicidad de acciones. Además, se reconocen otras situaciones asociadas, tales como la fragmentación de la atención y las deficiencias en la calidad de la misma.

Estas circunstancias que afectan de manera negativa la calidad de vida de los ciudadanos, han sido abordadas por organismos multilaterales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) quienes recomiendan afrontarlas con enfoques de atención primaria en salud resolutiva y de gestión del riesgo, así como con el desarrollo e implementación de redes integradas de prestación de servicios de salud, lo cual ha sido acogido por Colombia en normas diversas como la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, la Ley 1438 de 2011, el Plan de Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015).

5. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

La Secretaría de Salud tiene como objetivo mejorar las condiciones de saneamiento básico, así como la respuesta del sector salud para la prevención de los riesgos ambientales, fortalecer la autoridad sanitaria, adaptar e implementar nuevo modelo de atención integral en salud con equidad e impulsar el emprendimiento empresarial y la formalización del empleo.

MISIÓN

Mejorar las condiciones de salud de los habitantes del distrito de Santa Marta, mediante la implementación del modelo de atención integral en salud y la administración efectiva de los recursos cumpliendo con políticas de calidad para disminuir las inequidades en salud y aumentar la calidad de vida de la población.

VISIÓN

A 2021 el Distrito de Santa Marta habrá alcanzado mejores resultados en indicadores de salud, convirtiéndose en un modelo a seguir por los modos y estilo de vida saludable. Esto será posible gracias a la prestación de servicios integrales de salud y social sin barreras, con oportunidad y calidad, a una convivencia armoniosa entre sus habitantes, a los entornos ambientales saludables y sostenibles, la movilidad eficiente y el aprovechamiento de sus recursos naturales.

DIMENSIONES

1. Salud Ambiental
2. Vida Saludable Y Condiciones No Transmisibles

3. Convivencia Social Y Salud Mental
4. Salud Pública En Emergencias Y Desastres
5. Seguridad Alimentaria Y Nutricional
6. Sexualidad, Derechos Sexuales Y Reproductivos
7. Vida Saludable Y Enfermedades Transmisibles
8. Salud Y Ámbito Laboral
9. Gestión Diferencial De Poblaciones Vulnerables
10. Fortalecimiento De La Autoridad Sanitaria

PROGRAMAS

1. Tuberculosis
2. Lepra o Hansen
3. Enfermedades Transmitidas por vectores -ETV
4. Otras condiciones endemoepidémicas
5. Gastos de inversión del laboratorio de salud pública
6. Adquisición de equipos y mejoramiento de la infraestructura física

7. Inspección Vigilancia y Control Sanitario

8. Vigilancia en salud pública

FUNCIONES

1. Establecer coherencia entre la situación actual de Salud del Distrito con las políticas nacionales

2. Definir y adoptar políticas públicas en materia de Salud Distrital.

3. Definir mecanismos generales para dar respuesta a la intervención de los factores determinantes de riesgo de Salud Pública.

4. Definir los Eventos sujetos a Vigilancia Epidemiológica.

5. Definir los mecanismos requeridos para dar respuesta a las situaciones de emergencias en jurisdicción del Distrito

6. Definir el Plan de Salud Territorial de acuerdo a las necesidades de Salud del Distrito

7. Definir Directrices y Políticas en lo referente a la Seguridad Alimentaria Distrital

8. Vigilar la adecuada prestación de servicios del Plan de Salud Territorial

6. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCESO Y LOS SUBPROCESOS SELECCIONADO PARA APLICAR EL TRABAJO.

Apoyar en la solicitud y recepción de los formularios Únicos de afiliación y registro de novedades de las EPS Subsidiadas inscritas en el Distrito de Santa Marta con sus respectivos soportes.

Apoyar la verificación de los soportes en medio magnético correspondan a los formularios físicos recepcionados, de los usuarios cargados en la Base de datos Única de Afiliados (BDUA) conforme a lo establecido en los Decreto 780 y 2353 de 2016.

Apoyar/ e n la revisión de los Formularios Únicos de Afiliación y sus respectivos soportes con el fin de identificar si cumplen con las condiciones para ser validados y/o rechazados legalizados por esta/Secretaria.

Apoyar en la verificación de las afiliaciones cumplan con los puntajes SISBEN establecidos en la Resolución 3778 de 2011.

Apoyar en la remisión oportuna del informe del proceso de validación de los formularios únicos de afiliación y sus respectivos soportes al Ingeniero de área (en medio magnético).

Prestar apoyo en la atención al usuario en lo referente a afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), traslados, inquietudes e inconvenientes que imposibiliten el acceso oportuno al sistema de seguridad social en salud.

7. DIAGNÓSTICO

Carencia de un sistema de información eficiente:

El Seguro Integral de Salud como ente asegurador emite la normatividad de aseguramiento, del ámbito de la prestación, de la población favorecida de este seguro, de las tarifas asignadas de la prestación, de la validez de la prestación, de la auditoria de las prestaciones a reembolsar.

Por tanto necesita una información que siga el siguiente patron:

- Que se registre las prestaciones.
- Que se audite la información.
- Que se disponga de informes que permitan evaluar las metas establecidas y las operaciones de rutina de la institución.
- Que la información esté disponible en todos los niveles de la Organización y de acuerdo a sus necesidades.
- Que se registre y controle los reembolsos de la prestación.

Donde debe implementarse las aplicaciones que resulten de las necesidades de la información?

Del Prestador de Servicios: Secretaria de Salud Distrital, el SIS, ha convenido con el MINSA que los establecimientos de salud, hospitales centros y puestos, afilien según normas establecidas por el SIS, a la población objetivo del SIS. Del mismo modo los establecimientos prestan la atención al afiliado o inscrito.

El Ministerio de Salud cuenta con 6780 establecimientos a nivel nacional agrupados de la siguiente manera según su complejidad.

La secretaria de salud no cuenta con suficiente espacio y equipos para la validación de los miles de formularios de afiliación a la población Subsidiada, por tanto se hace necesaria la instalación de más equipos y recurso humano para evacuar de manera eficiente y oportuna el volumen de registros que llegan a la secretaria de salud y que permiten disminuir la facturación a las entidades prestadoras de salud con el fin exclusivo de potenciar las finanzas del distrito.

La secretaria de salud distrital en su área de aseguramiento solo cuenta con 2 computadores en pésimo estado, un módem y teléfono, distribuidas a nivel municipal.

Las Secretarias de salud, deben encargarse de verificar el cumplimiento de las políticas de aseguramiento y gestión en salud y cumplir con la validación de la información enviada por las entidades prestadoras de salud en el distrito de Santa Marta además de difundir las políticas de aseguramiento y control prestacional, de auditar las atenciones para un correcto pago de las prestaciones, de identificar el cumplimiento de las metas.

8. PROPUESTA

Se Propone adelantar el diseño y puesta en marcha de un mecanismo ágil y eficiente para garantizar la cobertura del aseguramiento a la totalidad de la población elegible para los subsidios en salud a través de un nuevo esquema de aseguramiento automático; así mismo, se garantizará la continuidad de todos los afiliados al régimen subsidiado de salud y el aumento de cobertura hasta llegar a la universalidad de los afiliados, manteniendo la atención para aquella población vinculada transitoriamente no afiliada, catalogada por la ley como población pobre no afiliada.

De otra parte, la universalización del aseguramiento para la población del Distrito de Santa Marta es una de las metas a alcanzar por la Secretaría Distrital de Salud, el cual está incluido en el Plan de Desarrollo y se constituye en la vía de acceso por la que se busca garantizar el derecho a la salud de la población Samaria, bien sea que ya se encuentren afiliados a alguno de los regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud, o bien que se encuentre entre la población que reúne las condiciones para la afiliación al Régimen Subsidiado o que esté realizando los trámites pertinentes para acceder al sistema.

La propuesta se enmarca en el Plan de Desarrollo, especialmente en concordancia con el logro de su meta central: “propiciar el desarrollo pleno del potencial de los habitantes de la ciudad, para alcanzar la felicidad de todos en su condición de individuos, miembros de una familia y la sociedad” y en su propósito de “recuperar la autoestima ciudadana para que la ciudad se transforme en un escenario para incrementar el bienestar de sus habitantes y sea reflejo de la confianza ciudadana en la capacidad de ser mejores y vivir mejor”, con énfasis en el primer pilar “Igualdad en calidad de vida”, teniendo como referencia la “Salud Urbana”.

Esta propuesta busca contribuir con la garantía de este derecho de la población residente en el Distrito de Santa Marta y con la eliminación de las desigualdades entre grupos sociales logrando que toda la población de la ciudad, se encuentre dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud-SGSSS, mediante el aseguramiento universal en el marco de un nuevo Modelo de Atención sustentado en la Estrategia de Atención Primaria resolutive y la gestión compartida del riesgo, con un enfoque de salud urbana., con el efectivo aporte de todos los

ciudadanos con capacidad de contribuir y mediante la afiliación de todas y todos los ciudadanos que cumplan requisitos para ser incluidos en el régimen subsidiado, lo cual posibilita su acceso a los servicios de salud.

Asimismo, en esta propuesta se trabajara en estrategias con especial énfasis en los grupos poblacionales más vulnerables por su condición socioeconómica, etapa del curso de vida o condiciones específicas de salud y en el marco de las diferentes políticas públicas.

9. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Sistema De Información

Como sistema, una organización transforma inputs de recursos, bienes, información y servicios para obtener un producto. En su estructura se reconocen tres grupos diferenciados:

- Los sistemas que atienden a la captación y evolución de los recursos fundamentales, en conexión con el entorno;
- Los sistemas que permiten la administración o gobierno del sistema mayor u organización;
- Los sistemas que atienden al desarrollo de las tareas que son requeridas por la actividad de la organización.

ANÁLISIS DOFA	
DEBILIDADES Implementación Aceptación Costos	OPORTUNIDADES Cumplimiento de objetivos Control de la operación Mejora de respuesta y seguimiento en la validación
FORTALEZAS Plataforma tecnológica Personal experimentado Bajo nivel de dificultad	AMENAZAS Veracidad de la información

PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA INFORMACIÓN

En estos tiempos de nuevas tecnologías y cambios constantes, la mayor competencia en cualquier institución reviste su apoyo cada vez más en soluciones informáticas para llevar a cabo sus acciones, ya sea para mantener su actividad como para permitir una mayor eficiencia en el suministro de la información. Ante esta situación, aparecen constantes

pedidos sobre el área de sistemas, tanto en la figura de un departamento interno de la organización como para actividades de desarrollo, implementación y mantenimiento de sistemas informáticos que provean soluciones a los problemas que la institución.

Si este trabajo de aporte de sistemas, almacenamiento y procesamiento de datos no se realiza dentro de un marco planificado con antelación, se está tomando un camino con un único destino: el caos. El advenimiento de las computadoras personales hizo que el poder del manejo de la información pasara de los centros de cómputos al escritorio de cada persona en la organización.

Esto trae aparejado ciertos problemas como, por ejemplo, la duplicación y disparidad de datos en cada computadora, teniendo en cuenta que la secretaria de salud en su área de aseguramiento no cuenta con el soporte informático, la cantidad de equipos y mucho menos el personal experimentado se hace necesario plantear las siguientes soluciones:

Dentro de la propuesta se consideran las siguientes etapas para distinguir los tipos de almacenamientos, archivos o bases de datos:

Archivos:

Independientes para cada aplicación. Surgen de hacer análisis estructurado. Al haber más de un sistema, aparecen muchos archivos independientes. Es un esquema fácil de implementar, pero con un alto costo de mantenimiento.

Bases de Datos Aplicaciones:

Para cada sistema crear tablas. Hay bases de datos independientes. Potenciar lo anterior, siendo más caro de implementar que él, pero más sencillo que el punto siguiente.

Base de Datos Clases:

Las tablas se crean independientes de la aplicación y del lugar físico de uso. Se piensa en un gran repertorio de datos, que necesita más tiempo para armado y depuración del modelo de

datos, pero conlleva un menor costo de mantenimiento. Conduce a desarrollos rápidos porque los almacenamientos ya están implementados. Implica la figura de un administrador de la base de datos y está pensado para altos volúmenes de datos.

Base de Datos Información:

Se debe priorizar el acceso a los datos y facilidades para consultas por parte Son fáciles de implementar, siendo más flexibles y cambiantes que las tradicionales bases de datos. Pueden coexistir con el esquema anterior.

Recomendaciones en materia de Hardware y Plataformas de acuerdo con la propuesta, el hardware a adquirirse para ésta etapa es el siguiente:

- Un equipo destinado a oficiar de servidor dedicado de la red local;
- Tres equipos destinados a la validación de los formularios de afiliación.
- Dos Impresoras de carro angosto, y carro ancho matriz de puntos, para imprimir facturas B, para la workstation de Facturación, y otra para listados y resúmenes generales a ser ubicada en otra workstation;
- Una Impresora de chorro de tinta para trabajos auxiliares, dispuesta en una de las estaciones de trabajo de la red;
- Un dispositivo de backup, con destino a una estación de trabajo rápida, para mantener periódicamente la copia de seguridad de todo el sistema;
- Cableado UTP, tarjetas de comunicaciones, HUB y terminales;
- Unidad auxiliar de energía, con autonomía suficiente, para finalizar las tareas pendientes y en curso, ante un eventual corte de energía eléctrica.

10.BIBLIOGRAFÍA

|